

問 診 票

(フリガナ)		男 ・ 女	自宅電話	
お名前			携帯電話	
生年月日	年 月 日	(歳)		
ご住所	(〒 -)	身長	c m	
		体重	K g	
		体温		

本日はどうされましたか？

- ・ 発熱 ・ 頭痛 ・ 胸痛 ・ 咳 ・ 痰が多い ・ 息がくるしい ・ 動悸がする
- ・ 鼻水 ・ のどが痛い ・ 腹痛 ・ 吐き気 ・ 下痢 ・ 便秘
- ・ 発疹 ・ かゆみ ・ 背中が痛い ・ 腰痛 ・ 膝が痛い
- ・ その他 (_____)

症状はいつからですか？ _____ 日前から / _____ 月 日 頃から

現在、治療中の病気はありますか？

- ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 不整脈 ・ 狭心症／心筋梗塞 ・ 脳梗塞 ・ 気管支喘息

(その他 _____)

治療を受けた医療機関

食べ物・飲み薬・注射薬によるアレルギーはありますか？

ある方は、ご記入ください。 _____

希望されるお薬の形態はありますか？

- ・ 錠剤 ・ 液体（シロップ） ・ 粉ぐすり

飲酒や禁煙はどのくらいですか？

- ・ 飲酒あり 1日にビール _____ mlくらい / 日本酒 _____ 合くらい ・ 飲まない
- ・ 喫煙あり 1日に _____ 本くらい ・ 吸わない

女性の方に伺います。

- ・ 現在、妊娠中ですか？ (はい _____ ヶ月 ・ いいえ ・ わからない)
- ・ 現在、授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)